Lane Medical Library

Ueber Brucheinklemmung im Foramen obturatorium.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

H. Clemens,
approb. Arzt aus Dortmund.

Jena 1889.

Druck von G. Neuenhahn.

Genehmigt von der medizinischen Fakultät zu Jena auf Antrag des Herrn Geheimen Hofrath Professor Dr. Müller.

Jena, den 23. Januar 1889.

Kuhnt,
z. Z. Decan d. med. Fak.

Meinen lieben Eltern

gewidmet.

Im Jahre 1844 hat Philippe Auguste Vinson von der Insel Bourbon die ihm bekannt gewordenen Fälle von Hernia obturatoria in seiner Dissertation „De la hernie sous-pubienne“, thèse de Paris zusammengestellt.

Roman Fischer hat dann in seinen Beiträgen zur Lehre über die Hernia obturatoria, Luzern 1856, die Zusammenstellung bis zu letzterem Jahre weitergeführt.

Die Fälle, welche in den Jahren 1856 bis 1868 veröffentlicht worden sind, finden sich verzeichnet in der Dissertation von Georg Thiele: „Die Hernien des eirunden Loches“, Berlin 1868.

Ein Fall von Einklemmung einer Hernia obturatoria, welcher am 3. Februar 1887 von dem pathologischen Institut der Universität Jena beobachtet und mir von dessen Vorstand, Herrn Geheimen Hofrath Professor Dr. Wilhelm Müller, mit Genehmigung des behandelnden Arztes, Herrn Professor Dr. Schillbach zur Veröffentlichung überlassen wurde, gab mir Veranlassung, die Zusammenstellung bis zum Jahre 1888 weiter zu führen. Ich führe die seit 1868 veröffentlich-

ten Fälle, welche ich in der mir zugänglichen Literatur vorgefunden habe, in chronologischer Folge an:

Fall 1.

Derselbe ist veröffentlicht von Arnold in No. 40 des Würtemb. Corresp. Bl. von 1869.

„Eine 62jährige Frau hatte 5 Jahre hindurch öfter an Darmkoliken gelitten und eines Tages im Anschluss an einen solchen Anfall Einklemmungserscheinungen dargeboten, welche von A. anfangs nicht richtig gedeutet wurden. Erst als am 5. Tage faeculentes Erbrechen und ein vom Bruch in den rechten Schenkel bis zum Knie schiessender Schmerz sich einstellten, untersuchte A. alle Bruchpforten und fand rechts beim Eindrücken in den Winkel zwischen horizontalem und absteigendem Schambeinast ein schmerzhaftes, längliches nicht verschiebbares Geschwülstchen. Dasselbe liess sich weder durch Taxis von aussen, noch durch Einwirkung auf einen von der Vagina aus gefühlten zum Foramen ovale führenden Strang in die Bauchhöhle reponiren. Es wurden nun Narcotica und Laxantien verabreicht und abgewartet. Am 8. Tage traten reichliche Stühle ein, das Koterbrechen sistierte, der kleine Tumor war weicher geworden aber noch vorhanden. Die Kranke fing an zu verfallen und starb am 14. Tage. Die Section wies in einer fingerhut grossen Ausstülpung des Bauchfells im Foramen ovale ein eingeklemmtes, eingewachsenes, blauschwarzes Divertikel des Dünndarms und diesen der Divertikelöffnung gegenüber spitzwinkelig geknickt."

Am wertvollsten für die Diagnose erscheint A. der Romberg'sche Schenkelschmerz.

Fall 2.

Derselbe ist mitgeteilt von Chassaignac in der Soc. de Chirurgie à Paris, séance du 9 août 1871 und findet sich in der Gaz des hôpitaux No. 111.

„Eine 40jährige Frau gelangte mit 2 Schenkelhernien, einer rechtseitigen omentalis und einer linksseitigen intestinalis behaftet unter Einklemmungserscheinungen zur Beobachtung. Beide Brüche waren irreponibel, zeigten aber weder die Spannung noch die Empfindlichkeit eingeklemmter Brüche. Es wurde deshalb, da sich ein anderweitiges Hindernis der Kotleitung nicht constatieren liess, von jedem operativen Eingriffe abgestanden, und das umso lieber, als sich im weiteren Verlaufe später reichliche Stühle einstellten, der Leib schmerzhafte Auftreibung zeigte und die Allgemeinerscheinungen choleraähnlich wurden. Der Tod trat schon am 2. Tage der Beobachtung ein. Die Section wies einen eingeklemmten Darmbruch des rechten Foramen ovale nach. Die im Bruchsackhals eingeklemmte Darmschlinge liess sich bei etwas kräftigerem Zug in die Bauchhöhle zurückziehen und trug eine tiefe Einschnürungsfurche. Die Vasa obturatoria lagen an der äusseren Seite des Bruchsackhalses. Der Bruchsack selbst war zum grössten Teil vom Musculus obturator externus bedeckt, über dessen oberen Rand er nur etwas in die Höhe ragte." In der an diese Mitteilung sich anschliessenden Besprechung des Falles wurde auf ältere in der Literatur sich findende ähnliche Beobachtungen verwiesen. Man stimmte Röser's an der Leiche erprobtem Repositionsverfahren zu und ebenso Dupuytren's Vorschrift, bei

einer etwaigen Herniotomie an der Innenseite der Schenkelgefässe in die Tiefe vorzudringen.

Fall 3.

Derselbe findet sich im Edinburger med. Journal vom Januar 1871 und ist mitgeteilt in den Sitzungen der dortigen medicinisch-chirurgischen Gesellschaft vom 16. Nov. und 4. Dec. 1870 durch John Chiene: Case of obturator hernia and A. G. Miller: Case of femoral and obturator hernia, comprising its life history.

Der anatomische Teil der Beobachtung rührt her von Chiene, der klinische von Miller. Letzterer hatte die 73jährige Patientin, deren Krankheit er als Ileus auffasste, mit Opiaten und Klystieren behandelt, da er sich zur Laparotomie behufs Hebung der vermuteten inneren Einklemmung wegen der grossen Schwäche und des hohen Alters der Kranken nicht entschliessen konnte. Miller hatte ein Jahr vorher an derselben Kranken die Herniotomie einer eingeklemmten Schenkelhernie rechts mit Erfolg ausgeführt. Hiervon fand sich bei der Obduktion nur noch „eine Spur in Form einer Verdickung des Bauchfells an der Innenseite des Schenkelringes." Dagegen fand Chiene, welcher die Section vornahm, in der Gefässlücke des eirunden Loches einen Darmbruch mit einer eingeklemmten Ileumschlinge und den äusseren zwei Dritteln der Fallopischen Tube als Inhalt. Die Arteria obturatoria lag hinter, der Nervus obturatorius vor dem Bruchsackhals. Die eingeklemmte Darmschlinge war gangränös und bereits perforirt, im Bruchsack fand sich ein Koterguss. Die Bruchsackpforte hatte eine ovale Form und einen längsten Durchmesser von $^1/_2$", der Bruchsack selbst wurde von dem Bauch-

fellüberzug des breiten Mutterbandes gebildet; wahrscheinlich war derselbe aus einer Ausstülpung der seichten Vertiefung dieses Bandes zwischen der Fallopischen Trompete und dem runden Mutterband hervorgegangen. Ausser dieser linksseitigen Hernie fanden sich auf der rechten Seite noch zwei kleine Herniae obturatoriae vor, ein vorderer leerer Bruchsack, der vom parietalen Bauchfellblatt über dem ligamentum uteri rotundum abgegeben wurde und die Spitze des kleinen Fingers eindringen liess, und ein hinterer ganz dem der linken Seite entsprechender Bruchsack, welcher die äussere Hälfte der rechten Fallopischen Tube enthielt

In diesem Falle bestand somit ein dreifacher Bruch des eirunden Loches.

Fall 4.

Mitgeteilt durch A. J. Newmann, Case of strangulated obturator hernia, combined with reducible femoral hernia. Lancet, Nov. 18. 1871.

„Eine 73jährige Frau schien an Einklemmung ihrer seit vielen Jahren ohne Bruchband getragenen rechten Schenkelhernie zu leiden. N. machte die Taxis mit Erfolg, die Einklemmungserscheinungen liessen aber nicht nach, sondern steigerten sich bis zum Tode der Kranken, der am 16. Tage der Einklemmung eintrat. Bei der Autopsie gewahrte man von der eröffneten Bauchhöhle aus eine Dünndarmschlinge, welche an der inneren oberen Ecke des eirunden Loches in einen Bruchsack eindrang und in demselben in der Länge von 1″ eingebettet lag. Dieselbe war dunkelblau gefärbt und an einer Stelle perforirt. Am anderen eirunden Loch fand sich ein zweiter leerer Bruchsack vor,

Fall 5.

Mitteilung von Trélat in der Soc. de Chirurgie à Paris in den Sitzungen vom 20. und 27. November 1872, veröffentlicht in der Gaz. des hopitaux. No. 141 u. 142.

Der Bruch war anfangs nicht erkannt worden, er fand sich erst vor bei der zu seiner Aufsuchung vorgenommenen Explorativoperation und führte, obgleich die Einklemmung gehoben wurde, durch ulceröse Darm-Perforation den Exitus lethalis herbei.

„Eine 48jährige Frau war 8 Tage vor der durch Trélat vorgenommenen Untersuchung eine Treppe herabgefallen und empfand von diesem Augenblick an an der vorderen inneren Seite des Oberschenkels einen lebhaften Schmerz. Allmählich traten dazu die Zeichen einer inneren Einklemmung. Der Unterleib wurde gespannt, durch seine vordere Wand zeichneten sich die peristaltischen Bewegungen der Gedärme ab und es stellte sich Erbrechen von faecaloidem Charakter ein. In diesem Zeitpunkte wurde Trélat gerufen. Er dachte an traumatische Peritonitis oder eine der verschiedenen Arten von innerer Einklemmung. Auf den Schmerz in der Inguinocruralgegend aufmerksam gemacht bemerkte er, dass diese ganze Region etwas voller war als die der anderen Seite, doch konnte er keinen umschriebenen Tumor entdecken. Der Schmerz war im Niveau des Musculus pectineus am intensivsten. In der Meinung es mit einer seltenen Varietät einer sehr kleinen Schenkelhernie zu thun zu haben (H. lig. Gimbernati oder H. pectinea) machte Trélat vom lig. Poupartii an einen 5 cm. langen Schnitt in der Längslage des Oberschenkels, 25 mm. nach einwärts von der Schenkelarterie, vertiefte

ihn durch das Zellgewebe und überzeugte sich nun, dass der Schenkelring und ebenso das Lig. Gimbernati frei waren von jedem Bruche. Er verlängerte nun seinen Hautschnitt nach abwärts, drang mit einer Hohlsonde in das Zellgewebe zwischen dem Pectineus und dem 1. und 2. Adductor ein, führte dann seinen linken Daumen auf diesem Wege gegen das eirunde Loch hin und fühlte jetzt, während die Umstehenden ein gurgelndes Geräusch wahr zunehmenglaubten, eine haselnussgrosse kugelige Geschwulst. Die Muskeln wurden mit stumpfen Haken aus einandergehalten und nun der dunkelrothe Bruchsack am oberen Rand des Obturator externus, nach auswärts von den Nerven nach einwärts von den Gefässen zu Gesicht gebracht. Trélat glaubt, dass in diesem Momente schon kein Darm mehr in dem Bruchsack enthalten war, doch war er sich während der Operation darüber noch nicht klar. Er trennte nach einigen vergeblichen Repositionsversuchen mit einem sehr kleinen gekrümmten Tenotom durch den Sack hindurch den Einklemmungsring gerade nach abwärts, überzeugte sich von der sofortigen Entleerung des Bruchsacks und seinem freien Flottiren im Niveau der Bauchöffnung, führte ein Drainagerohr in die Wunde ein und legte den Verband an. Nach 1 Stunde erfolgte eine reichliche Stuhlentleerung. Bald darauf traten aber neues Erbrechen, heftige Unterleibsschmerzen, sowie ein zunehmendes Kältegefühl ein und die Kranke starb wenige Stunden später. Bei der Section fand man in der Bauchhöhle die Gedärme in flüssigem Kote schwimmend. Die eingeklemmte Darmpartie gehörte dem untersten Abschnitt des Ileums an; es war ein Darmwandbruch, 28 cm. vom Coecum entfernt; nur $^3/_4$ der Peripherie des Darmrohres

waren eingeklemmt gewesen; an einer Stelle zeigte sich eine 20 mm. lange lineare Perforation, senkrecht zur Längsaxe des Eingeweides. Der vom Peritoneum gebildete Bruchsack lag in der Gefässlücke der Membrana obturatoria, welche in der Richtung nach abwärts von der Einkerbung getroffen war. Der Sitz der Einklemmung wurde am „Orifice interne du canal obturateur" angenommen. Eine Verletzung des Darmes durch das Tenotom hatte nicht stattgefunden."

Trélat schneidet 3 cm. einwärts von der Schenkelarterie ein und dringt zwischen Pectineus und Adductoren vor. Er hält dies für besser als das Operationsverfahren der englischen Chirurgen, welche direkt auf den Schenkelkanal einschneiden. Trélat macht ferner darauf aufmerksam, dass das Lageverhältnis von Arterie, Vene und Nervus obturatorius zur Hernia obturatoria ein sehr wechselndes sei, er rät daher in jedem Fall über die Lage jener Gebilde sich zu unterrichten, um in der Direction, in welcher sie sich nicht befinden, die Einkerbung zu machen. Forget hält die Schwellung in der Regio pectinea nicht für constant, rät zur Untersuchung per Vaginam et Rectum und empfiehlt das Repositionsverfahren.

Fall 6.

Mitgeteilt im „British med. Journal", June 28. 1873 von Charles Mayo: Case of strangulated obturator hernia.

Mayo diagnosticirte eine eingeklemmte Hernia obturatoria nach dem Tode. Während des Lebens waren die Erscheinungen der nur 3 Tage dauernden Krankheit dunkel geblieben. Die Kranke litt an Erbrechen, Stuhl-

verstopfung und einem Schmerz im linken Schenkel. Sie starb nach erfolglos verabreichten Calomelklystieren unter den Symptomen der Erschöpfung. Die Section ergab eine kleine, dunkelgefärbte unausgedehnte Darmschlinge in einem Bruchsacke, der durch eine Lücke im oberen Viertel des linken Foramen ovale hindurch getreten war und eben Raum genug für das hineingelegte Fingerglied darbot. Die darüber liegenden Dünndarmschlingen waren stark contrahirt.

Fall 7.

Derselbe findet sich in Lo Sperimentale. Marzo 1874: A. Paci, Dell' ernia sotto pubica.

„Eine 40jährige Frau litt seit vielen Jahren an einem Prolapsus Uteri et Vaginae und einem linksseitigen äusseren Leistenbruch. Auf diesen wurden die Einklemmungssymptome bezogen, wegen deren Patientin nach eintägiger Dauer derselben ärztliche Hilfe nachsuchte. Die Reposition der Leistenhernie gelang leicht, aber die Einklemmungssymptome hielten auch nach derselben an, der Meteorismus nahm zu und eine Art Stupor stellte sich ein. P. dachte an eine innere Einklemmung ohne sich dieselbe erklären zu können. Starke Purgantien führten keine Stuhlentleerung herbei, die Kranke verfiel mehr und mehr und starb am 8. Tage. Bei der Section fand man eine im rechten Foramen obturatorium eingeklemmte Ileumschlinge. Dieselbe war bereits ulcerös perforirt und eine geringe Menge Darminhalts fand sich im Grunde des kleinen Beckens. Die nussgrosse rundliche Bruchgeschwulst war nach aussen vom Pectineus bedeckt; an ihrer äusseren Seite verlief das Gefässnervenbündel. Die gangränös gewor-

dene Darmschlinge war mit dem Bruchsack fest verwachsen.

Fall 8.

J. Goodhart, Obturator hernia in a female, causing chronic intestinal obstruction; death from suppurative peritonitis. Transactions of the pathol Soc. of. London XXVII, 1876.

Eine während des Lebens nicht erkannte H. obturatoria hatte unter Einklemmungserscheinungen den Tod herbeigeführt.

Die Section wies eine kleine Dünndarmschlinge 2" oberhalb des Coecum in einer linksseitigen H. obturatoria nach, welche nur einen Durchmesser von $^2/_3$" besass und deren Sack mit der Darmschlinge verwachsen war. Diese letztere war grau gefärbt und trug in ihrem Grunde eine gangränöse Stelle. Äusserlich war gar keine Geschwulst zu fühlen gewesen, ebensowenig vom Rectum und der Vagina aus. Ausser der H. obturatoria fanden sich noch beiderseits freie Schenkelhernien vor. Zweimal waren schon vorher Einklemmungserscheinungen nach Gebrauch innerer Mittel zurückgegangen. Verfasser ist der Ansicht, dass in solchen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Hernia obturatoria incarcerata und carcinomatöser Obstruction des Darmes besonders schwer zu stellen sei.

Fall 9.

Holstein: Tilfaelde af Hernia obturatoria, diagnosticeret ved bimanuel Undersögelse. Gynaek. og obstet Meddelelser udy af X. Howitz B. I. No. 2, 66. 1877.

Eine 66jährige Frau wurde mit ausgesprochenen, seit 2 Tagen bestehenden Einklemmungserscheinungen aufgenommen. Die Untersuchung der Bruchregionen ergab keine Erklärung der Symptome, ebenso verlief eine Untersuchung per Rectum und per Vaginam resultatlos. Später beobachtete man in der linken Cruralgegend einen längs der inneren Schenkelseite sich fortsetzenden Schmerz, sowie eine tiefliegende Ausfüllung mit unbestimmten Contouren in dem unteren Teil dieser Schenkelregion. Infolge dessen fasste Verf. die Möglichkeit des Bestehens einer Hernia obturatoria incarcerata in's Auge und entschloss sich zu einer Explorationsincision. Als Haut und Fascie durchgeschnitten waren und der Fall sich nicht als eine gewöhnliche Cruralhernie präsentirte, wurde ein Finger in die Vagina bis zum Foramen ovale eingeführt und nunmehr wurde der Fall mittelst der combinirten äusseren und inneren Untersuchung als Hernia obturatoria diagnosticirt. Im Bruchsack fand sich ein Klumpen Oment und eine kleine Darmschlinge. Operation und Verband antiseptisch. Nach der Operation hörten die Einklemmungserscheinungen auf, nach 3 Tagen collabirte indess die Patientin und starb. Bei der Section wurde keine Peritonitis gefunden und der eingeklemmt gewesene Darm war vollständig gesund.

Fall 10.

Zsigmondy, Glücklich operierte Hernia obturatoria incarcerata. Wiener med. Wochenschrift No. 42 u. 43: 1878.

Zsigmondy und Scholz diagnosticirten bei einer 64jährigen Frau mit Einklemmungserscheinungen eine

Hernia obturatoria incarcerata auf Grund einer in der inneren oberen Region des Scarpaschen Dreiecks rechts bestehenden geringen Anschwellung sowie auf Grund eines von hier nach dem Knie zu herunter strahlenden Schmerzes, welcher auf Druck zunahm und weil die Kranke gern das rechte Bein halbgebeugt hielt. Eine deutliche Bruchgeschwulst war nicht zu fühlen. Die Diagnose wurde durch die von Zsigmondy ausgeführte Operation bestätigt bei der man die erwartete Hernie etwas über wallnussgross fand. Nachdem Z. die Bruchpforte erweitert hatte, wurde der Bruch ohne Eröffnung des Sackes reponirt. Die Wunde heilte vollständig, die Kranke starb jedoch über 2 Monate nach der Operation an Dysenterie. Verf. legt Gewicht darauf, dass der vom lig. Poupartii nach unten gehende Hautschnitt einwärts von der Vena femoralis geführt wird.

Fall 11.

Starke, Incarcerierte Hernia obturatoria — Herniotomie-Heilung. Berl. klin. Wchnschr. 36, 1880.

Eine 34jährige Frau war seit 4 Tagen unter heftigen Brucheinklemmungserscheinungen erkrankt. Beide Leisten und Schenkelkanäle wurden leer gefunden, in der Gegend des linken Foramen ovale fand sich jedoch eine auf Druck sowie bei aktiven und passiven Bewegungen des betreffenden Beines schmerzhafte Anschwellung. Auch bei der Vaginaluntersuchung fühlte man einen nach dem Foramen ovale sinistrum hinziehenden Strang.

Bei der am nächsten Tage ausgeführten Operation fand man nach Durchtrennung der Haut, der Fascie und des Musculus pectineus eine vom Bruchsack umhüllte Bruchgeschwulst. Als nun mit dem Finger das

Foramen ovale erweitert wurde, trat die gesamte Geschwulst nebst dem Bruchsack in die Beckenhöhle zurück.

Die Einklemmungserscheinungen hörten auf und der Verlauf war ein günstiger.

Fall 12.

D. Johnston, Report of a case of obturator hernia where an operation was unsuccessfully performed. Edinb. med. Journal, Oct. 1881.

Eine 58jährige unverheiratete Frau erkrankte unter leichten Einklemmungserscheinungen. Bei einer genauen Untersuchung der Bruchpforten zeigten sich Leisten und Schenkelgegend frei, in der Regio obturatoria dextra dagegen fand man eine flache, gespannte Anschwellung. Da man eine Hernie vermutete, wurde die Operation vorgenommen. Nachdem die Haut über der Geschwulst mit einem Kreuzschnitt durchtrennt und der Rand des Musculus pectineus in die Höhe gehoben war, gelangte man auf die Bruchgeschwulst. Nun wurde ohne Eröffnung des Sackes der scharfe Rand der Bruchpforte eingeschnitten, darauf fiel die Geschwulst sofort zusammen. Elf Tage nach der Operation starb die Patientin ohne eigentliche Einklemmungserscheinungen, jedoch ohne Stuhlgang gehabt zu haben. Bei der Section fand man eine kleine, mattgraue, weiche Darmschlinge an die äussere Fläche des Foramen obturatorium angelöthet.

Der genauere Mechanismus, durch den die Schlinge eingeklemmt war, liess sich mit Sicherheit nicht feststellen.

Fall 13.

M. Schmidt: Ueber einen glücklich operierten Fall von Hernia obturatoria incarcerata. Deutsche med. Wchnschr. No. 49. 1882.

Eine 77jährige Frau erkrankte plötzlich mit mässig heftigen Einklemmungserscheinungen. Die genaue Untersuchung der gewöhnlichen Bruchpforten zeigte nichts Abnormes. Am 3. Tage wurden die Einklemmungserscheinungen deutlicher, es trat ein neuralgisch ausstrahlender Schmerz in der Adductorengegend auf, sowie eine deutliche Druckempfindlichkeit der Gegend unterhalb des lig. Poupartii, zwischen Schenkelgefässen und Schambeinsymphyse, von wo die Schmerzen ausstrahlten. S. stellte daher die Diagnose Hernia obturatoria incarcerata und schritt zur Operation. Zunächst durchtrennte er an der erwähnten Stelle in longitudinaler Richtung Haut und Fascia lata und drang darauf stumpf in dem Interstitium zwischen Musculus pectineus und Adductor longus vor.

Er fand nunmehr in der Tiefe einen kleinen Bruchsack, welchen er nach Durchschneidung der inneren Fasern des Pectineus freilegte. Der Bruchsack wurde nunmehr eröffnet. Er enthielt kein Bruchwasser, viel Fett und eine ganz kleine braunrote Darmschlinge, deren Reposition erst nach zweimaliger Incision des einschnürenden Ringes gelang. Darauf nahm S. die Unterbindung und Abtragung des Bruchsackes vor, drainirte die Wunde, vernähte dieselbe und legte einen antiseptischen Verband an. Die Einklemmungserscheinungen hörten sofort auf und die Wunde heilte per secundam nach einigen Wochen.

Fall 14.

Grünberg: Ein Fall von Hernia foraminis ovalis incarcerata. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Band 17, S. 177. 1882.

Eine 65jährige Arbeitersfrau, die schon seit Jahren öfters an heftigen Kolikanfällen gelitten hatte, erkrankte plötzlich unter heftigen Incarcerationserscheinungen, zu denen sehr bald ein heftiger Krampf des linken Oberschenkels trat. Bei der Untersuchung fand man die gewöhnlichen Bruchpforten frei, dagegen zeigte sich bei Druck auf den Musculus pectineus der linken Seite ein heftiger Schmerz, ohne dass jedoch an dieser Stelle eine Geschwulst in der Tiefe fühlbar war. Da der behandelnde Arzt eine Hernia obturatoria incarcerata diagnosticierte, so nahm er, am 3. Tage der Einklemmung, die Operation vor.

Durch einen — 3 cm. nach aussen vom Ansatz des Musculus adductor magnus — vom Ramus horizontalis senkrecht nach abwärts geführten Schnitt wurden schichtweise die Gewebslagen durchtrennt, bis der M. pectineus frei lag. Als man nun den inneren Rand dieses Muskels mit einem Haken zur Seite zog, trat eine dunkelblaue, glänzende, kugelige Geschwulst von Haselnusgrösse hervor. Nach Eröffnung des Bruchsackes floss kein Bruchwasser aus; die jetzt freiliegende kleine Darmschlinge glitt, nachdem man mittelst der Fingerspitze den einschnürenden Ring durch Zerreissung einiger Fasern genügend gedehnt hatte, leicht zurück und die Einklemmungserscheinungen hörten sofort auf. Die Patientin schien bereits ausser Gefahr, da trat jedoch, am 20. Tage nach der Operation plötzlich acuter Collaps, ver-

bunden mit heftigen Unterleibsbeschwerden, auf und es erfolgte der Tod. Die Section wies eine kleine Perforationsstelle nach im unteren Teile des Ileum, sowie alte, von einer früheren Einklemmung anscheinend herrührende Adhaesionen.

Fall 15.

Pölchen: Ein Fall von Hernia foraminis ovalis incarcerata. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Band 18, 203. 1882.

Im Jahre 1880 wurde eine 45jährige, seit 10 Tagen an schweren Einklemmungserscheinungen leidende Frau in die Charitè zu Berlin aufgenommen. Sie klagte über Schmerzen in der linken Beckengegend, die bis in das Knie durchschossen. Die gewöhnlichen Bruchpforten waren frei, genaue Palpation des Trigonum subinguinale ergab weder Schmerz noch Anschwellung, der Uterus war prolabirt, vom Rectum aus fühlte man einen dasselbe zusammenschnürenden Strang. Die Behandlung bestand in Reposition und Retention des Uterus und Darmeingiessungen. Durch letztere wurde neben flüssigem Kot auch ein taubeneigrosser Kotstein entleert und Patientin fühlte sich etwas wohler. Bald jedoch verschlimmerte sich der Zustand wieder, Erscheinungen der acuten Peritonitis traten ein und führten schnell zum Tode. Die Section ergab eine Hernia obturatoria sinistra incarcerata gangränosa. Peritonitische Adhaesionen waren nicht vorhanden. Ursache der Zusammenschnürung des Mastdarmes war die starke Ausdehnung der Darmteile oberhalb des eingeklemmten Bruches.

Fall 16.

Hasselwander: Ein Fall von Hernia obturatoria incarcerata. Operation — Heilung. Bair. ärztl. Intell. Bl. 12. 1883.

Eine 65jährige magere Frau erkrankte unter heftigen Einklemmungserscheinungen mit kriebelnden Schmerzen im linken Oberschenkel bis zum Knie herab, sowie Taubheit in der ganzen Extremität. Bei der Untersuchung fand man in der linken Schenkelbeuge eine Geschwulst, die als Schenkelhernie aufgefasst wurde und nach einigen Repositionsversuchen verschwand. Da die Einklemmungserscheinungen jedoch nicht aufhörten, so wurde am nächsten Tage von Neuem eine Untersuchung in der Gegend des linken Foramen ovale vorgenommen. Da man nunmehr daselbst eine schmerzhafte Härte fand, so wurde zur Operation geschritten. In Narcose wurde auf den äusseren Rand des Musculus adductor longus ein Hautschnitt gemacht, der Muskel wurde nach innen gezogen und nun die Fasern des freigelegten Musculus pectineus stumpf auseinander gedrängt. Darauf erblickte man in der Tiefe eine ovale, etwa taubeneigrosse, blaurote, stark gespannte, fluctuirende Geschwulst. Dieselbe wurde mit dem Finger von dem sie umgebenden Gewebe isoliert. Nunmehr wurde mit stumpfen Instrumenten der Bruchsack zerrissen — Bruchwasser war nicht vorhanden — und der blauschwarze, stark gespannte Darm freigelegt. Nachdem dann der scharfe Einschnürungsring mit dem Knopfmesser an mehreren Stellen eingeschnitten war, ging der Darm langsam zurück. Wegen einer venösen Blutung wurde die Wunde antiseptisch austamponiert und heilte per se-

cundam in 6 Wochen. Die Einklemmungserscheinungen liessen sofort nach und Patientin wurde wieder ganz gesund. Die Schmerzen im Bein hörten nach der Operation ebenfalls sofort auf, Taubheit und Bewegungsschwäche bestanden noch längere Zeit, bildeten sich jedoch allmählich ganz zurück.

Fall 17.

Stoll: Hernia obturatoria incarcerata, Herniotomie — Heilung. Würtemb. med. Corresp. Bl. No. 13. 1883.

Eine 69jährige Frau, welche früher Jahre lang an einem Leistenbruch gelitten hatte, der jedoch unter dem Bruchbande ausgeheilt war, hatte in den letzten Jahren eine Hernia obturatoria acquiriert, welche bereits 14 Einklemmungen veranlasst hatte, die jedoch sämmtlich reponiert wurden. Bei jeder Einklemmung trat ein heftiger Schmerz im Bereich des Nervus obturatorius auf. Die letzte Einklemmung erforderte die Operation, bei welcher nach Trennung der äusseren Bedeckungen und Auseinanderziehung der Muskelfasern des Pectineus und Adductor brevis der Bruchsack eröffnet wurde, wobei etwas rötliches Bruchwasser ausfloss. Bei der Umtastung der jetzt freiliegenden kleinen Darmschlinge ging dieselbe plötzlich zurück. Die Einklemmungserscheinungen verschwanden und die Wunde heilte unter dem antiseptischen Verbande.

Fall 18.

A. F. Rasmussen: Two Tilfaelde af hernia obturatoria fra sections fundet. Hospitals Tidende p. 402 und 409. 1884.

Eine 81jährige Frau wurde mit Ileussymptomen ins Hospital aufgenommen; eine Hernia cruralis dextra und Hernia inguinalis sinistra wurden reponiert; die Incarcerationssymptome dauerten fort. Patientin starb am 3. Tage. Bei der Section fand man ausser beginnender Peritonitis noch eine parietale, incarcerierte Hernia obturatoria sinistra. An der Spitze ihres Bruchsackes sass eine kleine Fettmasse. Die Arteria obturatoria verlief vor der obersten Partie des Sackes. Ausserdem fand man eine kleinere, nicht incarcerierte Hernia obturatoria dextra.

Fall 19.

Veröffentlicht ebendaselbst wie Fall 18.

Eine 75jährige Frau, welche vergebens mit grossen Klysmata, Morphin, Faradisation des Abdomens, Abführungsmitteln und Darmpunctur wegen Ileus behandelt worden war, starb am 8. Tage. Bei der Section fand man ausser Peritonitis incipiens eine Hernia parietalis ilei obturatoria dextra; die eingeklemmte Partie hatte eine Länge von 2 cm. Gefässe und Nerven lagen hinter und ausserhalb des Sackes. Bei der Untersuchung per Rectum an der lebenden Patientin wurde diese Hernie nicht gefühlt.

Einige von den Gedärmen waren bei der Section mit faculenter Flüssigkeit bedeckt, ob infolge der Punction steht nicht fest.

Fall 20.

Godlee, Rickmann John, On a case of obturator hernia. The Lancet April 11. 1885.

Eine 45jährige Frau, seit 5 Tagen ohne Stuhlgang, war unter Einklemmungserscheinungen collabiert. Im linken Scarpa'schen Dreieck fühlte man eine kleine Resistenz. Die Diagnose schwankte zwischen einer inneren Einklemmung und einer Hernia obturatoria incacerata. Man entschloss sich zur Laparatomie, bei welcher man von innen die Hernia obturatoria entdeckte. Da sich die eingeklemmte Schlinge nicht hervorziehen liess, musste man die Bruchpfortc mit dem Messer erweitern, was in der Tiefe sich schwer ausführen liess. Patientin starb am folgenden Tage an Collaps.

Fall 21.

König: Specielle Chirurgie II, 383; 4. Aufl. 1885.

K. hat 2 mal Hernia obturatoria incarcerata bei älteren Frauen mit Erfolg operiert.

Im Jahre 1880 beseitigte er einen eingeklemmten, verwachsenen Darmwandbruch durch Operation bei einer 70jährigen Frau. K. stellte die Diagnose auf Grund einer „diffusen Schwellung in der Gegend des Foramen obturatorium neben localem Druckschmerz und ausstrahlenden obturatorischen Schmerzen bei der an Incarcerationserscheinungen leidenden Frau."

Der in Jena beobachtete Fall ist folgender:

Die Haushälterin D., 62 Jahre alt, in Jena, welche früher wegen verschiedener Krankheiten wiederholt im Krankenhaus behandelt worden war, erkrankte am 23. Januar 1887, ohne nähere und bestimmtere Ursachen angeben zu können, namentlich ohne besondere körperliche Anstregungen gehabt zu haben, an heftigen Schmer-

zen in der Magen- und Lebergegend und nachfolgendem Erbrechen, wozu sich in den folgenden Tagen Stuhlverstopfung gesellte. Dabei besorgte sie ihre leichten häuslichen Arbeiten.

Am 26. Januar wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Die schon geschilderten Erscheinungen namentlich die Leibschmerzen in der Leber- und Magengegend, Uebelkeit und Erbrechen fast nach jedem Genuss von Flüssigkeit, sowie Stuhlverstopfung dauerten fort. Da diese Erscheinungen auf Darmeinklemmung hinwiesen, wurden die zugänglichen Bruchpforten genau untersucht, jedoch wurde an keiner etwas Verdächtiges gefunden. Bei der Untersuchung des Leibes fand sich eine meteoristische Auftreibung desselben im unteren Teile, dagegen eine Einschnürung in den beiden Hypochondrien, wobei die Lebergegend besonders schmerzhaft war.

Da für ein bestimmtes operatives Eingreifen kein Objekt nachgewiesen werden konnte, beschränkte man sich auf eine exspectative Behandlung, bestehend in der Darreichung von Morphium und Application von Klystieren. Letztere gingen jedoch ohne Erfolg sofort wieder ab. Es wurde daher am 29. Januar versucht ein Darmrohr einzuführen um ein hohes Klystier beizubringen, ersteres liess sich jedoch nicht höher als bis zur Kreuzbeingegend einführen. Bei der Untersuchung mit dem Finger fand sich, dass der Mastdarm hier fast ganz verschlossen und für den Finger undurchgängig war, dabei fühlte man in der Umgebung dieser Stelle einige kleine Knoten. Die Untersuchung verursachte viel Schmerz, daher wurde eine weitere Untersuchung mit Speculum u. s. w. verschoben, besonders auch da das

Erbrechen aufgehört und die meteoristische Auftreibung des Unterleibes sich vermindert hatte auch die vorher trockene Zunge wieder feucht geworden war.

Eine am 30. Januar vorgenommene nochmalige genaue Untersuchung aller zugänglichen Bruchöffnungen ergab wie das erste Mal kein Resultat; bei der Untersuchung mit dem Mastdarmspiegel bemerkte man eine Oeffnung im Massdarm nach hinten, aus welcher sich bei Einführung des Mutterrohres blutiger Eiter entleerte, doch konnte man weder in dieser Richtung noch in jeder anderen das Darmrohr weiter heraufschieben, ebensowenig vermochte der suchende Finger eine Fortsetzung des Darmlumens aufzufinden.

Obwohl weder Erbrechen, noch Schmerzen oder sonstige Klagen vorhanden waren, sanken die Kräfte mehr und mehr und am 2. Februar 1887 früh erfolgte der Tod.

Die am 3. Februar vorgenommene Section ergab folgenden Befund:

Schlanke, magere Person, Haar schwarzbraun, spärlich, an den Schläfen leicht ergraut. Augen tief liegend, Pupillen eng, Iris grau, Nase proportioniert, Wangen eingefallen. Oberkiefer fast zahnlos, Unterkiefer vorspringend, stark zahnlückig. Hals ziemlich dick, Thorax symmetrisch. Brüste flach.

Bauch grünlich verfärbt, aufgetrieben, die erweiterten Darmschlingen durch die Bauchdecken sich markierend. In der Schamspalte etwas Harn; Hämorrhoidalknoten in der vorderen Afterkommissur. Einzelne kleine Venenerweiterungen unter der Haut beider Unterschenkel. Haut dünn, blassgrau.

Unterhautfett 2 mm., Muskeln dünn, hellbräunlichrot, Zwergfell am 5. Rippenknorpelansatz. Lungen wenig collabierend, in der Mittellinie des oberen Mediastinums sich berührend, Luftbläschen gleichförmig erweitert. Herzbeutel normal freiliegend, im Innern gegen 5 cbcm. bräunlich gelber klarer Flüssigkeit. Mässig zahlreiche Verwachsungen der linken Lunge mit der Costalpleura. Pleura an der Spitze des Oberlappens leicht narbig, unter der Narbe haselnussgross schieferig induriert. Oberlappen stark bräunlichrot, lufthaltig, oedematös. Unterlappen braunrot, lufthaltig, stark oedematös. Bronchien kaum gerötet, glatt. Intima der Lungenarterie glatt, ebenso jene der Lungenvene. Rechte Lunge mit der Costalpleura im Bereich des Oberlappens circumscript verwachsen, im Bereich des Mittel- und Unterlappens durch dicke, graugelbe, gallertige Fibrinbeläge verklebt. In der rechten Pleurahöhle ca. 100 cbcm. bräunlichgelber, eitrigtrüber Flüssigkeit. Oberlappen rechts vorn geblich braun, hinten rotbraun, lufthaltig, nach rückwärts oedematös. Spitze haselnussgross schieferig induriert. Mittellappen hellbräunlichrot, lufthaltig, der vorderste Abschnitt grau induriert. Die Bronchien des indurierten Bezirks gleichförmig erweitert, mit dikkem graugelbem Eiter gefüllt. Unterlappen geschwollen, durchaus luftleer, bräunlichrot, schwach gekörnt, mehr zäh als brüchig. Bronchien dieser Seite gerötet, geschwellt, jene des Unterlappens gelblich zähe Eitergerinsel führend. Geringe weisse Fleckung der Lungenarterie, Lungenvene glatt. Isthmus der Schilddrüse beträchtlich vergrössert, einen fast hühnereigrossen, bräunlichgelben Gallertknoten enthaltend. Oesophagus bleich glatt. Aorta ziemlich weit, Intima ausgedehnt gefleckt,

stellenweise leicht blutig suffundiert, verdickt. Herz r. leicht vergrössert, Coronararterien stark geschlängelt. For. ovale stecknadelkopfgross. R. Ventrikel dünnwandig, leicht erweitert, leicht icterische Leichengerinnsel enthaltend. Tricuspidalklappensegel am Saum leicht verdickt, getrübt. Pulmonalklappen zart. L. Ventrikel dünnwandig, schlaff. Grosses Bicuspidalsegel leicht narbig verdickt, kleines zart. Aortaklappen am Ansatz stark verdickt, getrübt; einzelne flache verkalkte Excrescenzen gegen den Sinus Valsalvae vorspringend, dabei schlussfähig.

Der stark aufgetriebene Magen **S** förmig gekrümmt, die Nabelgegend mit dem Pylorusteil einnehmend. Duodenum im Anfangsteil stark erweitert, unter demselben in der rechten Hälfte des Mittelbauches das mässig aufgetriebene rechtsseitige Quercolon. Unterbauch eingenommen von erweiterten, streckenweise blaurot iniicierten Dünndarmschlingen. Die schlaffe Harnblase hinter der Symphyse gelegen. Ein Teil der Dünndarmschlingen collabiert. Doppelseitiger leerer Schenkelbruchsack. Der Dünndarm in seinem erweiterten Abschnitt tritt in einen linksseitigen obturatorischen Bruchsack ein und sitzt in demselben fest. Aus dem Bruchsack tritt der collabierte Teil des Dünndarms wieder hervor. Unbedeutender leerer mit narbig verengter Oeffnung versehener rechtsseitiger obturatorischer Bruchsack. Rectum hinter der schlaffen Blase im gewöhnlichen Verlauf nach l. und abwärts sich erstreckend, nichts Auffallendes an an der Oberfläche bietend. Uterus retroflectiert, sinistroponiert, leicht beweglich. Mehrere flache Ecchondrosen der Innenfläche des Symphysenknorpels. Nach Wegnahme des Ursprungs des l. Musc. pectineus kommt

medianwärts vom l. Hüftgelenk, nach unten und aussen vom Hautast des Nervus obturatorius liegend eine gespannt sich anfühlende, schmutzig blaurote etwa taubeneigrosse Geschwulst zum Vorschein, welche bei Druck als mit dem an das Foramen obturatorium herandrängenden Darmstück zusammenhängend sich erweist. Das collabierte Darmstück wenig grauschleimigen Inhalt führend, Schleimhaut blassgrau glatt. Das abgeklemmte Darmstück ist beträchtlich erweitert und führt eine beträchtliche Menge graugelben leicht faecal riechenden Inhalts. Schleimhaut blassgrau, stellenweise bläulichrot, unbedeutend oedematös. Serosa strichweise bläulich gerötet. Bruchsack selbst etwa wallnussgross. Milz mittelgross, Kapsel grauweiss, Substanz fest, hellbräunlichrot. Malp. sehr klein, Trabekeln deutlich. Gallenblase 70 cbcm. grünliche sedimentierende Galle enthaltend. Schleimhaut stark netzförmig. Leber klein, Schnürfurche, 2 Längsfurchen d. r. Lappens. Substanz zähe, Läppchen deutlich, gelblichbraun, deutlicher mässiger Fettbeschlag. Beide Nebennieren mittelgross, bleich. Magen sehr weit, Gas und reichlich grüngelbe, dünne Flüssigkeit enthaltend. In d. l. Wand, nahe der Curvatur mehrere strahlige, die Wand durchsetzende Narben. Schleimhaut selbst im Ganzen blassgraugelb glatt. Reichlicher dünner, gelbgrüner Inhalt im Duodenum. Trüber gelbgrüner Inhalt im Verlauf des erweiterten Jejunum. Schleimhaut blassbläulichrot, oedematös. Sehr beträchtliche Mengen schmutzig gelbgrünen, trüben dünnbreiigen Inhalts im 190 mm. im Umfang haltenden mittleren Jejunum. Der untere Abschnitt des letzteren, ebenfalls sehr weit, intensiv in Schleimhaut und Serosa blaurot. Ileum bläulichrot, fast leer von Inhalt.

Schleimhaut glatt. Die Einklemmungsstelle am Uebergang des Jejunum in das Ileum liegend. In den unteren Partien des Ileum's weisser, dünnschleimiger Inhalt in geringer Menge. Solitär und Peyersche Drüsen unvergrössert. Im Coecum geblichbraune, geballte Kotbrokken. Wurmfortsatz bleich, leer von Inhalt. Spärliche gelblichbraune Kotbrocken im weiteren Verlaufe des Dickdarms. Schleimhaut der Flexur und des oberen Rectum gleichförmig grauweiss, glatt, sehr wenig weisser Schleim im Lumen. Kapsel der linken Niere mässig festhaftend, mehrere kleine Cystome der Oberfläche. Niere mittelgross, mittelfest, Substanz bleich, Becken- und Kelchschleimhaut bleich und glatt. Rechter Urether im ganzen Verlauf beträchtlich erweitert, gleich dem beutelförmig vortretenden Nierenbecken durchscheinend, deutlich fluctuierend. Kapsel der r. Niere etwas fester anhaftend. Niere etwas brüchig, mittelgross, beide Substanzen deutlich gesondert. Rinde bleich, Mark bläulichrot, mit einzelnen kleinen grauweissen fibroiden Einlagerungen. Becken- und Kelchschleimhaut ebenfalls bleich und glatt. In der Harnblase sehr viel gelblichroter, klarer Harn, erbsengrosses Cystom der Schleimhaut mit mehreren kleinen, bräunlichen Concrementen links am Eingang in die Urethra. Carunculae myrtiformes. Geringfügige Excoriation des Vestibulum Vaginae an den Carunkeln. Die untere Vagina blassbläulichrot, obere grauweiss, glatt. Einzelne Drüsenerweiterungen in der vorderen und hinteren Muttermundslippe. Muttermund an der linken Ecke leicht papillär, ein paar kleine Polypen ragen aus der Oeffnung hervor. Uterus eher etwas klein, dünnwandig, schlaff. Schleimhaut des Halses stark gewulstet, die Blätter zu längeren polypö-

sen Excrescenzen verlängert. Schleimhaut des Körpers oberhalb des Orif. internum mehrfach erweiterte Drüsen zeigend, bleich, gegen den Scheitel hin bläulichrot. Muskel graugelb, im r. Ovarium ein taubeneigrosses mit leicht papillärer Wand versehenes seröses Cystom. Mehrere kleinere Cystome längs des Lig. tubo — ov. sin. Fimbriae unversehrt. Mehrere kleinere Cystome längs des Lig. tubo — ov. dextr. L. Ovarium geschrumpft, Oberfläche teils heller, teils bläulichrot. Peritonealüberzug des Rectum durchweg bleich, glatt. Schleimhaut des oberen Rectum blass graugelb, glatt, wenig gefaltet. Am Anfang der Ampulle, 90 mm. über der Afteröffnung die Schleimhaut in einer Querfalte gegen das Lumen vorgewölbt. Ampulle 98 mm. im Umfang haltend. Schleimhaut unten bläulichrot, im Ganzen glatt, weiter aufwärts grauweiss getrübt, in der vorderen Wand an einzelnen Stellen gerötet, mit zackigem, festhaftendem, graugelbem croupösem Belag versehen. Einzelne Varicen der Venae haemorrhoidales internae. Frische Thrombose und einzelne Venensteine im Plexus vesicalis.

Der vorliegende Fall ist interessant, weil er keinerlei Erscheinungen von Seiten des Hautastes des Nervus obturatorius darbot. Der behandelnde Arzt hatte richtig das Vorhandensein einer Brucheinklemmung vermutet. Da beide femorale und inguinale Bruchpforten bei der Untersuchung frei sich erwiesen und besondere Erscheinungen auf den Canalis obturatorius nicht hinwiesen, so wurde an eine innere Einklemmung gedacht.

Die Section ergab als Todesursache eine Verdichtung des rechten unteren Lungenlappens, welche als Schluckpneumonie zu deuten sein wird, neben den gewöhnlichen Folgen einer Brucheinklemmung, deren Sitz

der linke Canalis obturatorius war. Das Fehlen von Erscheinungen seitens des Hautastes des Nervus obturatorius lässt sich im vorliegenden Fall nicht aus der Thatsache erklären, dass derselbe auf einer ungewöhnlichen Bahn zu seiner Endausbreitung gelangte, denn bei der Section wurde sein Verlauf durch den Canalis obturatorius nachgewiesen. Richtiger dürfte wohl die Annahme sein, dass es mit diesem Symptom sich verhält wie mit subjectiven Symptomen überhaupt: ihr Vorhandensein ist eine Regel, kein Gesetz.